

SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES TELETICKET
N° DE PÓLIZA 9023-50008
SOLICITUD DE SEGURO

VIGENCIA DE LA PÓLIZA

La presente póliza inicia su vigencia una hora antes de la hora del inicio del evento, que se indica en el boleto original de Teleticket, y termina luego de 4 horas posteriores a dicha hora de inicio.
 La responsabilidad que la COMPAÑÍA asume por la presente Póliza de Seguro, tendrá vigencia indicada en las Condiciones Particulares o Certificado.

Código SBS: AE0506100315

Solicitud N°:

Fecha de solicitud: ___ / ___ / _____

DATOS DE LA ASEGURADORA

Aseguradora:	Rimac Seguros y Reaseguros	RUC:	20100041953
Dirección:	Las Begonias N° 475, Piso 3, San Isidro, Lima	Página Web:	www.rimac.com
Teléfono:	411-3000	Fax:	421-0555

DATOS DEL CONTRATANTE

Nombre:	TELEDISTRIBUCION S.A.	RUC:	20334461875	Teléfono:	
Dirección:	CALLE AUGUSTO ANGULO No.130 Of. 251 URB. SAN ANTONIO		Distrito:	MIRAFLORES	
Provincia:	LIMA	Provincia:	LIMA		

DATOS DEL ASEGURADO TITULAR

¿El asegurado Titular es el mismo Contratante? SÍ NO

Nombre(s):		Apellido Paterno:	
Apellido Materno:		Sexo:	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Estado Civil:	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> D		
Documento de identidad:	<input type="checkbox"/> DNI <input type="checkbox"/> RUC <input type="checkbox"/> CE	N°	<input type="text"/>
	<input type="checkbox"/> PASSAPORTE		
País de Residencia:		Fecha de Nacimiento :	<input type="text"/>
Dirección domicilio:	<input type="checkbox"/> CL <input type="checkbox"/> JR <input type="checkbox"/> PSJ <input type="checkbox"/> AV <input type="checkbox"/> OTRO		
N°	<input type="text"/>	Mz/Lote	<input type="text"/>
Dpt./Interior	<input type="text"/>	Urbanización	<input type="text"/>
Referencia:	<input type="text"/>		
Distrito:	<input type="text"/>	Provincia	<input type="text"/>
Departamento:	<input type="text"/>		
Teléfono fijo:	Cód. ciudad	<input type="text"/>	N°
			<input type="text"/>
Celular	<input type="text"/>		
Correo Electrónico (personal):	<input type="text"/>		
Correo Electrónico (Laboral):	<input type="text"/>		

DATOS DEL BENEFICIARIO

Marcar el siguiente cuadro si desea que los Beneficiarios sean los Herederos Legales
 Llenar la siguiente información en caso los Beneficiarios no sean los herederos legales:

	Beneficiario 1	Beneficiario 2	Beneficiario 3	Beneficiario 4	Beneficiario 5
Tipo de documento de identidad					
Nº de Documento					
Nombres					
Apellido Paterno					
Apellido Materno					
Dirección					
% Participación del beneficio					

Si se designaron varios beneficiarios, sin indicación de porcentajes, se entiende que el beneficio es por partes iguales.

COBERTURA Y SUMA ASEGURADA

Cobertura(s) Principal(es)	Suma(s) Asegurada(s)
Muerte Accidental (Solo para mayores de edad)	US\$ 15,000

Coberturas Adicionales (en tanto se añadan a la Póliza por medio de cláusulas adicionales a elección del asegurado):

Relación de Cláusulas Adicionales aplicables al presente seguro.	Suma(s) Asegurada(s)
Invalidez Total y Permanente por Accidente (Solo para mayores de edad).	US\$ 15,000
Renta Hospitalaria por Accidente (la persona deberá estar al menos 24 horas hospitalizada)*.	US\$ 30 diarios, hasta máximo 10 días
Reembolso de Gastos de Curación por Accidente (deducible de US\$ 20 por evento; gastos sujetos a Tarifa C según tarifario de la Asociación de Clínicas y Hospitales Particulares del Perú).	Hasta US\$ 3,000

* Renta diaria por hospitalización según lo detallado en la Cláusula Adicional de Cobertura de Renta Hospitalaria por Accidente.

DEDUCIBLE/COPAGO: Si aplica. Deducible de US\$ 20 por evento; gastos sujetos a Tarifa C según tarifario de la Asociación de Clínicas y Hospitales Particulares del Perú. (Solo para la cobertura de Reembolso de Gastos de Curación por Accidente).

CONDICIONES PARA SER ASEGURADO

Podrán asegurarse bajo la presente Póliza, las personas naturales que cumplan con los requisitos de asegurabilidad y cuya edad se encuentre dentro del siguiente rango:

Edad Mínima para ingresar al seguro: 18 años

Edad Máxima para ingresar al seguro: No hay límite de ingreso.

Edad máxima de permanencia en la póliza: No hay límite de permanencia.

FORMA DE PAGO DE LA PRIMA

El Pago es Prima Única.

La falta de pago de la prima podrá generar la suspensión, resolución y/o extinción del contrato de seguro en la forma establecida en el Condicionado General de la Póliza.

DECLARACIÓN PERSONAL DE SALUD DEL ASEGURADO

No aplica.

DERECHO DE ARREPENTIMIENTO

Cuando la oferta de la presente Póliza se haya efectuado por Comercializadores o a través de Sistemas de Comercialización a Distancia, el CONTRATANTE y/o ASEGURADO tiene derecho de arrepentirse de la contratación de la presente Póliza. Para esto, el CONTRATANTE y/o ASEGURADO podrá resolver el Contrato de Seguro, sin expresión de causa ni penalidad alguna, dentro de los quince (15) días calendarios siguientes a la fecha en que el CONTRATANTE y/o ASEGURADO haya recibido la Póliza de Seguro o una nota de cobertura provisional, y siempre que no haya hecho uso de las coberturas contenidas en la misma. En caso el CONTRATANTE y/o ASEGURADO ejerza su derecho de arrepentimiento luego de pagada la prima o parte de la misma, la ASEGURADORA procederá a la devolución total del importe pagado.

Para estos fines, EL CONTRATANTE y/o EL ASEGURADO deberá presentar una comunicación escrita, junto con la copia del documento de identidad, dentro del plazo señalado en el párrafo precedente, en alguna de las plataformas de Atención al Cliente, cuyas direcciones se encuentran en el resumen de la presente póliza o en el certificado de seguro según corresponda.

INFORMACIÓN ADICIONAL

- Con la suscripción del presente documento se confirma la exactitud y veracidad de las declaraciones expresadas en el mismo, indicando el Contratante/Asegurado que cualquier declaración inexacta y/o reticente donde medie dolo o culpa inexcusable, respecto de circunstancias conocidas por ellos y que hubiesen impedido el Contrato de Seguro o modificado sus condiciones si La Aseguradora hubiese sido informada del verdadero estado del riesgo, hará que se proceda al rechazo de la presente o a la nulidad del Contrato de Seguro, de ser el caso.
- La Aseguradora comunicará al Contratante dentro del plazo de quince (15) días calendario de presentada la presente Solicitud, si esta ha sido rechazada, salvo que haya requerido información adicional dentro de dicho plazo. Por lo que, en caso La Aseguradora solicite información adicional, el Contratante y/o Asegurado se compromete a facilitar a La Aseguradora el acceso a la información complementaria que pudiera ser necesaria para los efectos de verificar la autenticidad y veracidad de la Declaración Personal de Salud realizada, así como para cualquier otra verificación de información que pudiera resultar necesaria, autorizando desde ya expresamente a la clínica, centro médico, hospital, o cualquier otro establecimiento que preste servicios en salud, así como a los médicos tratantes, a la exhibición de la historia clínica, incluso electrónica, y cualquier información complementaria que se encuentre en su poder, dispensándolos de la reserva de la información del acto médico, en el momento que lo requiera La Aseguradora.

- Por lo anterior, mientras La Aseguradora solicite información adicional la presente Póliza se mantendrá en suspenso hasta la fecha cierta de la entrega de dicha información. Por lo cual, presentada la información adicional por el Contratante y/o Asegurado, La Aseguradora comunicará al Contratante dentro del plazo de quince (15) días calendario siguientes, si esta ha sido rechazada, salvo que requiera de información adicional dentro de dicho plazo, pues la información anteriormente entregada no estuvo completa. Por lo que, el Contratante y/o Asegurado reconocen que la presente Solicitud de Seguro, incluyendo la Declaración Personal de Salud en caso corresponda, es válida hasta por _____ (_____) días calendario a partir de la fecha establecida en el presente documento, incluso si se mantiene en suspenso por solicitud de información adicional.
- La Aseguradora deberá entregar la Póliza de Seguro o el Certificado de Seguro al Contratante y/o Asegurado dentro del plazo de quince (15) días calendario de haber solicitado el Seguro, si no media rechazo previo de la Solicitud. En caso se haya entregado la Póliza al Contratante, y el Asegurado sea una persona distinta, este podrá solicitar copia de la Póliza a La Aseguradora, sin perjuicio del pago que corresponda efectuar por dicho servicio adicional.
- La aceptación de la Solicitud del Seguro, evidenciada con la emisión de la Póliza de Seguro o el Certificado de Seguro, supone la conformidad de las declaraciones efectuadas en ella por el Contratante o Asegurado en los términos estipulados por La Aseguradora, en tanto el Contratante o Asegurado hubieran proporcionado información veraz.
- La firma de la presente solicitud no implica la aceptación del seguro por parte de La Aseguradora, la aceptación de la Solicitud del Seguro se evidencia con la emisión de la Póliza de Seguro o el Certificado de Seguro y supone la conformidad de las declaraciones efectuadas en ella por el Contratante o Asegurado en los términos estipulados por La Aseguradora, en tanto hubieran proporcionado información veraz.

Ley N° 29733 - Ley de Protección de Datos Personales

De conformidad con lo establecido en la Ley N° 29733 - Ley de Protección de Datos Personales y su Reglamento, quien suscribe el presente documento, queda informado y da su consentimiento libre, previo, expreso, inequívoco e informado, para el tratamiento y transferencia, nacional e internacional de sus datos personales al banco de datos de titularidad de RIMAC SEGUROS Y REASEGUROS ("La Aseguradora"), que estará ubicado en sus oficinas a nivel nacional que, conjuntamente con cualquier otro dato que pudiera facilitarse a lo largo de la relación jurídica y aquellos obtenidos en fuentes accesibles al público, se tratarán con las finalidades de analizar las circunstancias al celebrar contratos con La Aseguradora, gestionar la contratación y evaluar la calidad del servicio. Asimismo, La Aseguradora utilizará los datos personales con fines comerciales, y publicitarios a fin de remitir información sobre productos y servicios que La Aseguradora considere de su interés.

Los datos proporcionados serán incorporados, con las mismas finalidades, a las bases de datos de RIMAC SEGUROS Y REASEGUROS y/u otras empresas subsidiarias, filiales, asociadas, afiliadas o miembros del Grupo Económico al cual pertenece y/o terceros con los que estas mantengan una relación contractual.

Los datos suministrados son esenciales para las finalidades indicadas. Las bases de datos donde ellos se almacenan cuentan con estrictas medidas de seguridad. En caso se decida no proporcionarlos, no será posible la prestación de servicios por parte La Aseguradora.

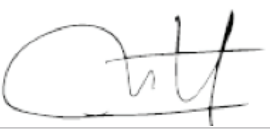
Conforme a Ley, el titular de la información está facultado a ejercitar los derechos de información, acceso, rectificación, supresión o cancelación y oposición que se detallan en la Ley N° 29733 - Ley de Protección de Datos Personales y su Reglamento, mediante comunicación dirigida RIMAC SEGUROS Y REASEGUROS.

- Otorgo mi consentimiento para que las comunicaciones relacionadas a la presente póliza y otras pólizas que tenga contratadas con La Aseguradora, puedan ser remitidas a la dirección de correo electrónico que ha sido consignada en el presente documento: Sí NO
- En caso el Contratante y/o Asegurado no pueda abrir los archivos adjuntos o modifique su dirección de correo electrónico, deberá informar dichas situaciones a la siguiente dirección de correo electrónico: atencionalcliente@rimac.com.pe, o comunicándose al 411-3000. Asimismo, se compromete a mantener activa su cuenta de correo electrónico, abrir y leer detenidamente las comunicaciones electrónicas y sus archivos adjuntos, revisar sus bandejas de correo electrónico, inclusive las bandejas de entrada y de correos no deseados, así como revisar la política de filtro o bloqueo de su proveedor de servicio de correo electrónico, todo aquello con el objeto de utilizar este medio de comunicación electrónica de manera sencilla y eficiente, para los fines propuestos.
- El Asegurado autoriza que toda comunicación relacionada con la presente Póliza, que deba serle entregada, sea dirigida al Contratante.

En el caso de oferta de esta Póliza a través de Comercializadores:

- (i) La Aseguradora es responsable frente al Contratante y/o Asegurado de la cobertura contratada y de todos los errores u omisiones en que incurra el Comercializador; sin perjuicio de las responsabilidades y obligaciones que le corresponden.
 - (ii) La Aseguradora es responsable de todos los errores u omisiones en que incurra el Comercializador. En el caso de Bancaseguros se aplicará lo previsto en el Reglamento de Transparencia de Información y Contratación con Usuarios del Sistema Financiero, aprobado por la Resolución SBS N° 8181-2012 y sus normas modificatorias.
 - (iii) Las comunicaciones cursadas por los Contratantes, Asegurados o Beneficiarios al Comercializador, sobre aspectos relacionados con el seguro contratado, tendrán los mismos efectos que si hubieran sido presentadas a La Aseguradora.
 - (iv) Los pagos efectuados por los Contratantes del Seguro, o terceros encargados del pago, al Comercializador, se considerarán abonados a La Aseguradora.
- La Aseguradora, a través de su portal web, pone a disposición del Contratante y Asegurado la totalidad de las condiciones de esta Póliza. Por lo que el Contratante/ Asegurado firma la presente Solicitud en señal de haber tomado conocimiento antes de la misma, de la totalidad de las condiciones de esta Póliza, a través del portal web de la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP's y del portal web de La Aseguradora, encontrándose conforme con dichas condiciones.

Lugar y fecha de emisión: _____ de _____ de _____

		
RODRIGO GONZÁLEZ MUÑOZ Vicepresidente División Seguros Personales	CONTRATANTE	ASEGURADO (En caso de ser una persona distinta del CONTRATANTE)